欠　食　届

令和　　　年　　月　　日

（宛先）

西尾市長

保護者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

次の理由により給食を欠食したいので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 幼稚園名 | 幼稚園 |
| 生年月日 | 平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳児） |
| 欠食理由　（具体的に記入してください） |  |
| 欠食期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日　（　　　　日間）上記日数には、土日祝日、長期休業を除く |
| 減額該当条件 | 連続して７日以上欠食する場合（土日祝日、長期休業を除く）欠食する月の前月１５日までに提出 |
| ※減額決定額 | 　　　日×２００円＝　　　　　　円（上限２，４００円） |

（注）※欄は記入不要です。